**ATTIVAZIONE BORSE DI RICERCA IN AMBITO ASSISTENZIALE**

**SCHEDA INFORMATIVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | Borsa di ricerca tipologia (1) – (2) – (3)   1. Nessun contatto con pazienti ma solo dati clinici sensibili 2. Attività di laboratorio diagnostico o assistenziale esclusivamente sotto controllo di un tutor 3. Attività assistenziale autonoma |
| Titolo della ricerca |  |
| Settore  Scientifico-Disciplinare |  |
| Responsabile  della Ricerca |  |
| Commissione giudicatrici  (tre membri fra PO-PA -RU + un membro supplente PO-PA -RU) | **Responsabile Scientifico**:  **Membro**:  **Membro**:  **Membro Supplente:** |
| Requisiti curriculari (indicare classe di laurea) | Indicare Laurea + specializzazione (obbligatoria x Tipologia 3) + altri titoli previsti (la cui verifica sul vincitore è a carico di Unifi, da riportare nella scheda di comunicazione di inizio attività del vincitore della selezione)  Curriculum scientifico professionale idoneo allo svolgimento del progetto |
| Decorrenza contrattuale | Dal al |
| SOD - DAI |  |
| Dettaglio compiti attività assistenziale (in allegato sintesi del progetto di ricerca per tutte le tipologie di incarico con particolare riferimento al coinvolgimento del soggetto sull’attività assistenziale) | Al borsista nello svolgimento della sua attività di ricerca spettano i compiti assistenziali: (a titolo esemplificativo)   1. Partecipazione a :…………………………………………………………………   …………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………….   1. Gestione di …..…………………………………………………………………….   …………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………….   1. Esecuzione di ……………………………………………………………………….   …………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………….   1. Prendere parte a …………………………………………………………………   …………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………….  Le attività di cui sopra sono necessarie per le seguenti esigenze di ricerca …………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………  **Rimangono escluse le attività chirurgiche come primo operatore e le attività di guardia e di pronta disponibilità** |
| Tutor |  |

Firenze, Il Responsabile del Programma di Ricerca ***(allegato)***

|  |  |
| --- | --- |
| AUTORIZZAZIONE PER TIPOLOGIA (3) | |
| Direttore DAI  (NOME E COGNOME) | firma |
| Direttore/Responsabile SOD  (NOME E COGNOME) | firma |

Nulla osta per lo svolgimento delle attività in ambito assistenziale inerenti il progetto di ricerca

|  |  |
| --- | --- |
| Direttore Sanitario  (NOME E COGNOME) | firma |